

INFORMACION DEL EMPLEADO (Favor de imprimir claramente)							
Número de Seguro Social 		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Dirección de Residencia: (No caja de correo)			Ciudad		Estado		Código postal
Número de Teléfono ()	Sindicato Local	Fecha de Nacimiento		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro -----	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) Fecha del Evento: ___/___/___		
MM		DD	AAAA				
Correo Electrónico:					* El Fund no comparte ni vende su dirección de correo electrónico a ninguna parte sin su solicitud por escrito.		
Nombre del Empleador:				Empleador Ciudad/Estado:			

INFORMACION DEL CONYUGE *Si el cónyuge debe ser inscrito inicie aquí _____										
Número de Seguro Social 		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro -----	Fecha de Nacimiento ___/___/___	
Su Cónyuge esta: <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Retirado (a) <input type="checkbox"/> Desempleado (a)						Nombre del Empleador del Cónyuge:				
Se ofrece cobertura de salud de cualquier tipo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Si eligió cobertura indique <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar				
Nombre del Plan: _____						ID o Póliza #: _____				
Hay algún costo para esta cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No										
Rechazó la Cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						Si no, cuando comenzó la cobertura? _____				

INFORMACION DEL DEPENDIENTE ** Si su dependiente(s) deben ser inscritos, inicie aquí _____				
Primer Nombre e Inicial del Segundo Nombre (Apellido, si es diferente al del Empleado)		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número del Seguro Social	Relación con el Dependiente
1.				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
2.				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
3.				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija
4.				<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija

*** Por favor envíe, una copia del certificado de matrimonio** Por favor envíe, una copia del (los) certificado de nacimiento**

Reconozco que esta solicitud de cobertura está supeditada a la divulgación completa y precisa de la información solicitada en este formulario. Certifico que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y completas. Entiendo y acepto que cualquier declaración equivocada u omisión puede resultar en negación de beneficios y / o cancelación de cobertura. Acepto estar sujeto a los términos y condiciones del Plan de Beneficios del UFCW National Health and Welfare Fund y entiendo que cualquier persona que incluya información falsa o engañosa sobre una solicitud de póliza de seguro está sujeta a sanciones penales y civiles.

Fecha _____ Firma Del Empleado _____

USO PARA EL EMPLEADOR SOLAMENTE

Nivel de Cobertura (Si Corresponde): _____ Fecha de Contratación: _____ Fecha Elegible para Beneficios: _____

Firma Del Empleado _____ Fecha: _____

USO DE LA OFICINA DEL FUND SOLAMENTE

Recibido: _____ Por: _____ SPD/ID Ordenado: _____ Fecha de Envío: _____

Notas: _____

Estimado participante:

El personal del UFCW National Health and Welfare Fund considera un privilegio administrar el programa de salud y bienestar para usted y sus dependientes elegibles.

Nuestros procedimientos requieren que este formulario de inscripción se complete para que tengamos datos exactos de todos los que están cubiertos por los beneficios, junto con cualquier documento requerido.

Por favor llene el formulario, asegurándose de escribir o imprimir legiblemente toda la información que usted nos proporcionó. El empleado debe firmar y escribir la fecha en la parte inferior del formulario donde se indica.

Tan pronto como recibamos esta información, podremos tomar toda la acción necesaria para procesar las reclamaciones y proporcionarle los beneficios a los que tienen derecho. Por eso es importante llenar y completar esta forma tan pronto como sea posible y entregar la forma a su Departamento de Recursos Humanos, representante del empleador o directamente a la Oficina del Fund.

Si necesita más espacio para proporcionar más información a la Oficina del Fund, utilice la parte inferior de esta carta o adjunte una hoja de papel aparte.

Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina del Fund al 1-888-773-8329.

Sinceramente,



Glenn L. Di Biasi
Administrador del Fund

66 GRAND AVENUE

ENGLEWOOD, NEW JERSEY 07631-3545
WWW.UFCWNATIONALFUND.ORG

(201) 569-8801 FAX (201)-569-1085

ESCRIBIR INFORMACIÓN ADICIONAL AQUÍ